

Инсомния: современные подходы

Такое нарушение сна, как инсомния, является общемировой проблемой. Статистические данные свидетельствуют, что нарушениями сна страдают около 30% взрослого населения. Так, например, сон нарушается у каждого третьего американца, а во Франции нарушения сна прослеживаются у 1/5 всех граждан. Эти данные свидетельствуют о реальных масштабных проблемах. С недостатком сна связаны несчастные случаи, уменьшается работоспособность человека, ухудшается качество жизни [1]. Изучением лечения расстройств сна занимаются как невропатологи, так и психиатры.

Бессонница — одно из самых распространенных расстройств сна, обусловленное трудностями засыпания и поддержания сна. Выделяют три этапа бессонницы: нарушение сна (встречается наиболее часто); нарушение поддержания сна; раннее окончательное пробуждение.

Причин, вызывающих бессонницу, очень много. Наиболее частыми являются психологические проблемы, нарушения привычного режима, различные заболевания (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и др.), а также применение психотропных препаратов, алкоголя, кофе, переедание в вечерние часы, особенно злоупотребление тяжелой жирной пищей. Бессонницу могут вызывать напряженная умственная работа, шумные игры, увлекательное чтение перед сном, курение.

Следует обратить внимание на то, что бессонница также может возникать при переутомлении или при постоянном ожидании плохого сна и связанными с этим переживаниями, а также при недостаточной физической активности.

Прежде чем перейти к описанию клинических признаков инсомний, необходимо сделать акцент на том, что расстройства сна могут иметь неорганическую этиологию.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) под расстройствами сна неорганической этиологии подразумевают состояние неудовлетворительной продолжительности или неудовлетворительного качества сна, которое может сохраняться в течение значительного отрезка времени, а также трудности засыпания, трудности оставаться в состоянии сна или раннее окончательное пробуждение [2]. Аналогичный подход предполагается и в проекте МКБ-11 [3].

Основными клиническими признаками для постановки достоверного клинического диагноза являются следующие:

- 1) жалоба на плохое засыпание и плохое качество сна, трудности сохранения сна;
- 2) нарушение сна отмечается как минимум 3 раза в неделю на протяжении по меньшей мере 1 мес;
- 3) имеет место озабоченность в связи с бессонницей и ее последствиями, как ночью, так и в течение дня;
- 4) неудовлетворительная продолжительность или неудовлетворительное качество сна вызывают выраженный дистресс и препятствуют социальному, профессиональному функционированию.

В зависимости от длительности выраженности расстройств сна выделяют:

- **транзиторную инсомнию** — длительность до 1 нед. Зачастую эта форма не требует специфического лечения и, как правило, связана с какими-либо эмоциональными переживаниями или переменами в жизни;
- **острую инсомнию** — длительность от 1 до 4 нед, нарушения сна носят более выраженный характер. При этой форме инсомнии рекомендуется лечение у специалиста;
- **хроническую инсомнию** — длительность более 4 нед. При этом симптомы отмечаются 3 или более раз в неделю. Для этой формы заболевания характерно выраженное патологическое изменение субъективного отношения ко сну. Лечение этой формы требует обязательного вмешательства специалистов.

Согласно Международной классификации расстройств сна (3-е издание) под диагнозом инсомния подразумевают жалобы на проблемы начала или поддержания сна, связанные с дневными последствиями

и не связанные с обстоятельствами окружающей среды или неадекватной возможностью сна. При длительно-сти инсомнии до 3 мес данное расстройство считается кратковременным. Инсомния считается хронической, когда она сохраняется в течение по крайней мере 3 мес с частотой по меньшей мере 3 раза в неделю [4].

Европейское общество исследования сна на основании Международной классификации расстройств сна предлагает следующие критерии диагностики инсомний. Критерии А-Е должны выполняться.

А. Пациент сообщает (или наблюдает родитель или опекун пациента) одно или несколько из следующего:

1. Сложность начала сна.
2. Сложность поддержания сна.
3. Пробуждение раньше, чем хотелось бы.
4. Устойчивость к укладыванию в постель по соответствующему расписанию.
5. Сложность сна без вмешательства родителей или опекунов.

В. Пациент сообщает (или родитель или опекун пациента замечает), что одно или несколько из следующего связано с нарушениями ночного сна:

1. Усталость/недомогание.
2. Нарушение внимания, концентрации или памяти.
3. Нарушение социальных, семейных, профессиональных функций или снижение академической успешности.
4. Нарушение настроения/раздражительность.
5. Дневная сонливость.
6. Поведенческие проблемы (например, гиперактивность, импульсивность, агрессия).
7. Снижение мотивации/энергии/инициативы.
8. Предрасположенность к ошибкам/авариям.
9. Обеспокоенность или недовольство сном.

С. Заявленные жалобы на сон/бодрствование не могут быть объяснены исключительно недостаточной возможностью (то есть достаточно времени для сна) или неадекватными обстоятельствами (то есть окружающая среда является безопасной, темной, спокойной и комфортной) для сна.

Д. Нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы происходят по меньшей мере 3 раза в неделю.

Е. Нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы присутствовали в течение как минимум 3 мес.

Г. Сложность сна/бодрствования не объясняется более четко другим нарушением сна [5].

Для объективизации диагностики инсомний используют Питтсбургский индекс качества сна (PSQI) — 19-компонентный опросник для оценки качества сна и его нарушений в диапазоне от 0 (лучше всего) до 21 (хуже всего) балла.

Кроме того, для оценки субъективной тяжести инсомнии часто используется методика «индекс тяжести бессонницы», которая состоит из 7 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 0 до 4 баллов.

Важным диагностическим инструментом в экспертизе у больных с инсомнией является дневник сна, заполняемый пациентом в течение 7 дней [6]. В дневнике сна, полагаясь на субъективные ощущения, пациенты должны указывать общую длительность сна, качество сна, количество пробуждений.

Из инструментальных методов диагностики инсомний применяется полисомнография с целью дифференциальной диагностики с другими формами расстройств сна, при клинически неясных причинах нарушений сна, длительном течении и плохой курабельности. В частности, с помощью дневника сна и полисомнографического обследования возможно



И.Д. Спирина

выявить пациентов с псевдоинсомнией или «агнозией сна» (феномен искаженного восприятия сна) [7].

Для лечения бессонницы существует несколько эффективных методов лечения, таких как фармакологический и нефармакологический. Среди немедикаментозных методов лечения выделяют стимуляторную терапию, ограничение сна, расслабление, гигиену сна и когнитивную терапию. Фармакологическое лечение должно быть дополнением немедикаментозной терапии, чаще всего когнитивно-поведенческой психотерапии. Несмотря на наличие различных препаратов для лечения бессонницы, ни один из них не может считаться идеальным средством. На сегодняшний день новейшие методы лечения все еще изучаются и тестируются, для того чтобы найти гипнотик, который будет иметь приемлемый профиль побочных эффектов и переносимости, при этом сохраняя эффективность [8].

К современным требованиям, предъявляемым к снотворным средствам, относятся их высокая эффективность в отношении воздействия на инсомнии, безопасность и отсутствие побочных действий. Наиболее частым побочным действием препаратов, обладающих снотворным эффектом, является развитие последствий, когда после нормализации ночного сна пациенты отмечают сонливость, вялость, рассеянность в течение дня. В связи с этим ведется постоянный поиск оптимальных средств, соответствующих указанным требованиям [9].

Инсомния является непосредственным показанием к назначению снотворных препаратов. Рассмотрим основные группы препаратов.

А. Z-снотворные препараты

К ним относятся зопиклон, золпидем, залеплон — небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов и ГАМК_A-рецепторов. Характерной их особенностью является короткий период полувыведения (от 1 до 5 ч). Считается, что Z-снотворные реже вызывают зависимость, рикошетную инсомнию, нарушения памяти и внимания [10].

Б. Бензодиазепиновые препараты

Эти препараты воздействуют на все типы субъединиц ГАМК_A-рецепторного комплекса, вызывая не только снотворный, но и другие эффекты: противотревожный, противосудорожный, седативный и миорелаксирующий. В связи с этим вероятность развития нежелательных побочных эффектов при их применении оказывается более высокой, особенно у препаратов с длительным периодом полувыведения. В Украине доступны препараты с длительными периодами полувыведения (25 ч), что ограничивает их применение в качестве гипнотиков.

В. Препараты мелатонина

Мелатонин является гормоном, производным индола и вырабатывается преимущественно шишковидной железой (эпифизом) в темное время суток.

Связывается со специфическими MT_1 - и MT_2 -рецепторами, максимальная плотность которых обнаруживается в супрахиазматических ядрах гипоталамуса («внутренних часах» организма). Период полувыведения экзогенного мелатонина не превышает 50 мин. Исследования показывают положительный эффект препаратов мелатонина на засыпание, продолжительность и качество ночного сна [11].

Г. Блокаторы гистаминовых рецепторов (H_1 -блокаторы)

Представлены дифенилгидраминам и доксиламином, блокирующими H_1 -гистаминовые рецепторы в центральной нервной системе, понижая активность одной из главных активирующих систем — гистаминергической. Вторым по выраженности эффектом дифенилгидрамина является холинолитический, в связи с чем возможности его назначения ограничены при подозрении на наличие глаукомы и аденомы простаты. Положительный эффект дифенилгидрамина на сон в большей степени касается поддержания сна, чем его инициации. Между тем побочные эффекты (головокружение, нарушение когнитивных функций, сухость во рту, нарушение зрения) ограничивают широкое применение этого препарата в качестве снотворного. По сравнению с традиционными гипнотиками особенностью действия доксиламина является отсутствие прямого влияния на сомногенные структуры, его воздействие осуществляется на уровне систем бодрствования путем угнетения их активности [12].

Д. Антидепрессанты

Считается, что трициклические антидепрессанты могут быть эффективным фармакологическим средством для лечения инсомнии. Они улучшают показатели исхода сна, за исключением заметного увеличения дневной сонливости на 82%, что является лимитирующим фактором в их применении [13].

Тразодон представляет собой антагонист $5HT_{2A}$ -, $5HT_{2B}$ -, $5HT_{2C}$ -серотониновых рецепторов и частичный агонист $5HT_{1A}$ -рецепторов со свойствами ингибитора обратного захвата серотонина. Гипнотические свойства этого лекарственного препарата связывают с воздействием на H_1 -гистаминовые, $5HT_{2A}$ -серотониновые и на α_1 -адренорецепторы. Тразодон, в отличие от других серотонинергических антидепрессантов, не оказывает негативного влияния на половую функцию и массу тела. Такие антидепрессанты, как амитриптилин, миансерин, миртазапин, агомелатин, также применяются для лечения нарушений сна.

Е. Препараты лекарственных трав

Валериана представляет собой субстанцию, получаемую из корня *Valeriana officinalis* L., с неизвестным главным активным компонентом. Препараты валерианы проявляют снотворное действие за счет частичного агонизма к A_1 -аденозиновым рецепторам и ГАМК_A-рецепторному комплексу. Клинически выраженный эффект, отличный от эффекта плацебо, достигается лишь при применении препарата в высоких дозах, при этом возрастает риск развития токсического поражения печени [14].

Не менее важными, чем применение фармакотерапии в лечении инсомний, являются немедикаментозные методы лечения. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) инсомнии в настоящее время считается предпочтительным лечением и может быть успешно применена независимо от причинных факторов. Она должна включать в себя психообразование относительно сна и гигиены сна, техники релаксации: прогрессивную релаксацию мышц, контроль стимулов или ограничение сна. Эти методы, особенно в их комбинированной форме, являются доказательными: они столь же эффективны, как фармакологическая терапия в краткосрочной перспективе [15]. Однако метаанализ van Straten и соавт. (2017) показывает, что количество сеансов терапии должно быть не менее четырех [16].

Немедикаментозное лечение инсомнии считается эффективным, если на его фоне уменьшается задержка начала сна или увеличивается общее время сна на 30 мин. К методам, соответствующим данным критериям, относятся разные виды поведенческой терапии, прогрессивная мышечная релаксация. Достаточно

эффективны умеренные регулярные физические упражнения, особенно по утрам, при этом не усиливается слабость, которая часто беспокоит таких пациентов. Также некоторую пользу могут приносить регулярные водные процедуры [17].

Соблюдение правил гигиены сна при легкой инсомнии включает в себя умение расслабляться; спать только тогда, когда устал; использование спальни только для сна и сексуальной активности; избегание кофеина, никотина и алкоголя за 4-6 ч перед сном; уменьшение потребления жидкости перед сном; избегание приема тяжелой пищи, тяжелых упражнений и возбуждающей деятельности поздно вечером; устранение источников звуков в спальне, в том числе если этим источником являются часы [17].



Клиническое руководство по оценке и лечению хронической бессонницы у взрослых рекомендует следующие методы немедикаментозного лечения [18]. Стимул-контроль — методика, применяемая для устранения негативной связи между постелью и нежелательными последствиями, такими как бодрствование, разочарование и беспокойство. Эти отрицательные состояния часто возникают в ответ на попытки спать в результате длительных периодов времени в постели. Цели стимулирующей терапии заключаются в том, чтобы пациент сформировал положительную и благоприятную связь между постелью и сном и установил стабильный график сна и бодрствования.

Пациентам следует рекомендовать покинуть кровать, после того как они почувствовали невозможность уснуть в течение примерно 20 мин, а не наблюдать за часами. Примерные инструкции будут такими: ложиться спать только тогда, когда вам хочется спать; придерживайтесь регулярного расписания сна; избегайте дремоты; используйте кровать только для сна; если вы не можете заснуть (или снова заснуть) через 20 мин, встаньте с кровати и расслабьтесь до возникновения сонливости и только затем вернитесь к постели.

Обучение различным видам релаксации, таким как прогрессивная мышечная релаксация или брюшное дыхание, имеет целью снижение состояний соматического и когнитивного возбуждения, которые мешают спать; может быть полезным у пациентов с повышенным уровнем возбуждения и часто используется в сочетании с КПТ.

КПТ представляет собой комбинацию когнитивной терапии в сочетании с поведенческими процедурами (например, контроль стимулов, ограничение сна) с или без релаксационной терапии. Когнитивная терапия направлена на изменение завышенных убеждений пациента и нереалистичных ожиданий относительно сна. Общие когнитивные искажения, которые выявляются и устраняются в процессе лечения, включают: «Я не могу спать без лекарств», «У меня есть химический дисбаланс», «Если я не могу спать, я должен оставаться в постели и отдыхать», «Моя жизнь будет разрушена, если я не смогу спать».

Многокомпонентная терапия (мультимодальная) использует различные комбинации поведенческих методик (стимул-контроль, релаксация, ограничение сна) и психообразовательных мероприятий по улучшению гигиены сна. Многие терапевты используют

мультимодальный подход при лечении хронической инсомнии.

Ограничение сна изначально ограничивает время в постели до общего времени сна, которое выводится из базовых фаз сна. Этот подход предназначен для улучшения непрерывности сна. По мере того как время сна увеличивается, а окно возможностей сна остается ограниченным с запретом дневного сна, сон становится более консолидированным. Когда непрерывность сна существенно улучшается, время в постели постепенно увеличивается, чтобы обеспечить достаточную чувствительность для того, чтобы пациент чувствовал себя отдохнувшим в течение дня. Кроме того, этот подход согласуется с целями контроля стимулов за счет того, что минимизируется количество времени, проведенного в постели, помогая восстановить связь между постелью и сном.

Парадоксальное намерение (парадоксальная интенция) — это специфическая разновидность когнитивной терапии, в которой пациент обучается противостоять страху бодрствования и его потенциальным последствиям. Цель его заключается в том, чтобы устранить тревогу пациента по поводу сна.

Взаимодействие с биологической обратной связью обучает пациента контролировать некоторые физиологические параметры посредством зрительной или слуховой обратной связи. Цель состоит в том, чтобы уменьшить соматическое возбуждение.

Гигиена сна предполагает обучение пациентов методам здорового образа жизни, улучшающим сон. Ее следует использовать в сочетании с контролем стимула, тренировкой релаксации, ограничением сна или когнитивной терапией.

Кроме того, важно соблюдение регулярного графика, наличие здоровой диеты и тренировок в дневное время, избегание сна, кофеина, других стимуляторов, никотина, алкоголя, избыточной жидкости или стимуляции активности перед сном.

Литература

1. Insomnia and accidents: cross-sectional study (equinox) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from 10 countries / D. Leger, V. Bayon, M.M. Ohayon [та ін.] // Journal of Sleep Research. — 2014. — Т. 23. — № 2. — С. 143-152.
2. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічний опис і вказівки з діагностики / Під ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркіна. — Київ: Сфера, 2005. — 308 с.
3. 7A00.1 Chronic insomnia [Електронний ресурс] // ICD-11 beta draft — mortality and morbidity statistics. — Режим доступу до ресурсу: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f323148092>.
4. American Academy of Sleep Medicine International classification of sleep disorders / American Academy of Sleep Medicine. — Darien, Ill.: American Acad. of Sleep Medicine, 2014.
5. Bassetti C. Esrs european sleep medicine textbook / C. Bassetti. — Regensburg: European sleep research society, 2014.
6. Роль стабільності режиму сна в діагностиці інсомнії та оцінці ефективності лікування / Л. Г. Морозова, С. И. Посохов, Г. В. Ковров [та ін.] // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. — 2013. — № 1. — С. 44-47.
7. К оцінці показателів полісомнографічного дослідження у больних з псевдоінсомнією / Ю. В. Шепелева, К. З. Іскакова, С. К. Бажикова [та ін.] // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. — 2014. — № 1. — С. 102-104.
8. Misra A.K. Pharmacotherapy of insomnia and current updates / A.K. Misra, P.K. Sharma // The Journal of the Association of Physicians of India. — 2017. — Т. 6. — № 4. — С. 43-47.
9. Марута Н. А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15. — № 2. — С. 78-81.
10. Lie J.D. Pharmacological treatment of insomnia / J.D. Lie, K.N. Tu, D.D. Shen, B.M. Wong // Pharmacy and Therapeutics. — 2015. — Т. 40. — № 11. — С. 759-771.
11. Laudon M. Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders / M. Laudon, A. Frydman-Marom // International Journal of Molecular Sciences. — 2014. — Т. 15. — № 9. — С. 15924-15950.
12. Котова О. В. Влияние стресса на сон человека / О. В. Котова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — Т. 112. — № 4. — С. 79-82.
13. Treatment of insomnia with tricyclic antidepressants: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials / Y. Liu, X. Xu, M. Dong [та ін.] // Sleep Medicine. — 2017. — № 34. — С. 126-133.
14. Herb-induced liver injury in the berlin case-control surveillance study / A. Douros, E. Bronder, F. Andersohn [та ін.] // International Journal of Molecular Sciences. — 2016. — Т. 17. — № 1. — С. 114.
15. Riemann D. Nicht pharmakologische insomnietherapie / D. Riemann // Therapeutische Umschau. — 2014. — Т. 71. — № 11. — С. 687-694.
16. Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: a meta-analysis / A. van Straten, T. van der Zweerde, A. Kleiboer [та ін.] // Sleep Medicine Reviews. — 2017. — pii: S1087-0792(17)30034-5.
17. Акарачкова Е. С. Медикаментозная терапия инсомнии: за и против / Е. С. Акарачкова, О. А. Громова // РМЖ. — 2016. — Т. 24. — № 13. — С. 860-864.
18. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults / S. Schutte-Rodin, L. Broch, D. Buysse [та ін.] // Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine. — 2008. — Т. 4. — № 5. — С. 487-504.